



DATA _____

FORMULÁRIO DE REFERÊNCIA PARA O CREASI

LEIA COM ATENÇÃO AS ORIENTAÇÕES, POIS APENAS FORMULÁRIOS COMPLETAMENTE PREENCHIDOS, SEM RASURAS E COM INFORMAÇÕES CLARAS, SERÃO ACEITOS PARA AVALIAÇÃO:

- O formulário deve ser preenchido por profissional da saúde, de nível superior, das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou das Equipes de Saúde da Família (EqSF) que realizam o acompanhamento da pessoa idosa encaminhada para o CREASI.
- Informações relevantes que justifiquem o encaminhamento deverão ser explicitadas, como resultados de exames, testes de rastreio, suspeitas diagnósticas, entre outros.

OBS: O paciente permanecerá em acompanhamento na Atenção Primária à Saúde.

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE DE ORIGEM

(É IMPRESCINDÍVEL QUE TODOS OS CAMPOS SEJAM PREENCHIDOS)

UNIDADE DE ORIGEM:	() UBS () ESF	DISTRITO SANITÁRIO:
TELEFONE UNIDADE:	E-MAIL UNIDADE:	
PROFISSIONAL DE REFERÊNCIA DO(A) PACIENTE:		
DESDE QUANDO ACOMPANHA O(A) PACIENTE:		
MUNICÍPIO:	TEM NASF NA EQUIPE? () SIM () NÃO	

IDENTIFICAÇÃO DO(A) PACIENTE

(É IMPRESCINDÍVEL QUE TODOS OS CAMPOS SEJAM PREENCHIDOS)

NOME:		
NOME SOCIAL:	CPF:	
DATA DE NASC.:	IDADE:	
NOME DA MÃE:	ESCOLARIDADE:	
ENDEREÇO:		
Nº DO REGISTRO DO PACIENTE NA UNIDADE DE ORIGEM:	SEXO: () M () F	RAÇA:
TELEFONES:	JÁ FOI PACIENTE DO CREASI: () SIM () NÃO	

MOTIVO DO ENCAMINHAMENTO

--

QUADRO CLÍNICO-FUNCIONAL DETALHADO

--

APRESENTA DEFICIT COGNITIVO?

() SIM - Especifique a Escala e o Escore: () Mini Mental _____ () Moca _____ () 10-cs _____ () IqCode _____
() NÃO

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

www.ivcf-20.com.br

Pontuação

IDADE	1. Qual é a sua idade?	() 60 a 74 anos ⁰ () 75 a 84 anos ¹ () ≥85 anos ³	
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE	2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	() Excelente, muito boa ou boa ⁰ () Regular ou ruim ¹	
AVD Instrumental Resposta positiva vale 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima do item é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as questões 3, 4 e 5.	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras? () Sim ⁴ () Não ⁰ ou não faz compras por outros motivos que não saúde.		Máximo 4 pontos
	4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa? () Sim ⁴ () Não ⁰ ou não controla o dinheiro por outros motivos que não saúde.		
	5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve? () Sim ⁴ () Não ⁰ ou não faz pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não saúde.		

Continua...

NÃO PREENCHA ESTE FORMULÁRIO CASO NÃO ACOMPANHE O PACIENTE

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL-20

www.ivcf-20.com.br

Pontuação

AVD Básica	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho(a)? () Sim ⁶ () Não ⁰	
COGNIÇÃO	7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido? () Sim ¹ () Não ⁰	
	8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses? () Sim ¹ () Não ⁰	
	9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não ⁰	
HUMOR	10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança? () Sim ² () Não ⁰	
	11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas? () Sim ² () Não ⁰	
ALCANCE, PREENSÃO E PINÇA	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro? () Sim ¹ () Não ⁰	
	13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos? () Sim ¹ () Não ⁰	
CAPACIDADE AERÓBICA E/OU MUSCULAR	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Perda de peso não intencional de 4,5kg ou 5% do peso corporal no último ano <u>ou</u> 6kg nos últimos 6 meses <u>ou</u> 3kg no último mês (); • Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m ² (); • Circunferência da panturrilha a < 31 cm (); • Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (). () Sim ² () Não ⁰	Máximo 2 pontos
MARCHA	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? () Sim ² () Não ⁰	
	16. Você teve duas ou mais quedas no último ano? () Sim ² () Não ⁰	
CONTINÊNCIA ESFINCTERIANA	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento? () Sim ² () Não ⁰	
VISÃO	18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de óculos ou lentes de contato.</i> () Sim ² () Não ⁰	
AUDIÇÃO	19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? <i>É permitido o uso de aparelhos de audição.</i> () Sim ² () Não ⁰	
POLIPATOLOGIA	20. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? • Cinco ou mais doenças crônicas (); • Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia (); • Internação recente, nos últimos 6 meses (). () Sim ⁴ () Não ⁰	Máximo 4 pontos
POLIFARMÁCIA		
Internação recente (<6 meses)		
PONTUAÇÃO FINAL (40 PONTOS)		

INFORME AS COMORBIDADES

INFORME OS MEDICAMENTOS

PARECER DO CREASI (NÃO PREENCHER)

() Deferido - Agendado para Equipe _____ Data _____ Hora _____

() Indeferido - Motivo:

() Especialidade(s) não atendida(s) no CREASI; () Estratificação/Quadro Clínico-Funcional; () Outro

() Dados insuficientes; () Condição já acompanhada por especialista;

Salvador, _____ de _____ de _____

ASSINATURA E CARIMBO DO(A) PROFISSIONAL